Comisión de Salud Pública y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 2299 de 2003

COMISIÓN HONORARIA ADMINISTRADORA DEL FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 17 de diciembre de 2003

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes Gustavo Amen Vaghetti, Raúl Argenzio, Daniel Bianchi, Orlando Gil Solares y Ramón Legnani.

INVITADOS: Por la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos, doctor Homero Bagnulo, Presidente; contador Alberto Sayagués, Director General; doctor Álvaro Haretche, Director Técnico y doctora Leticia Gómez, Asesora Letrada.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a integrantes del Fondo Nacional de Recursos, al doctor Homero Bagnulo, Presidente, al contador Alberto Sayagués, Director General, al doctor Alvaro Haretche, Director Técnico, y a la doctora Leticia Gómez, Asesora Letrada.

El motivo de esta reunión es continuar con otra que iniciamos el día 11 de noviembre con el fin de tratar algunos temas. Dentro de los asuntos sobre los que solicitamos explicaciones, faltó desarrollar el que tiene que ver con el convenio celebrado entre el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca y el CASMU, que había dado lugar a alguna interpretación. En ese sentido, convinimos con el doctor Bagnulo que en esta reunión culminaríamos el tratamiento de ese punto y que, después, la Comisión agregaría la consideración de dos asuntos. Quisiéramos saber si está a su alcance alguna explicación sobre la deuda que se tiene con los Institutos de Medicina Altamente Especializados, asunto al que se refirieron en esta Comisión representantes de los IMAE. Además, nos gustaría tratar temas vinculados al transplante hepático.

SEÑOR BAGNULO.- En la comparecencia anterior ante la Comisión habíamos repartido documentos donde figuraban los convenios firmados en 1996, que son muy anteriores a nuestra Administración. Aparentemente, parte de la negociación de esos convenios fue llevada directamente desde el Ministerio de Salud Pública y el Ministro de entonces informó directamente a la Comisión Honoraria Administradora que tomó conocimiento de ese convenio.

Luego de la comunicación del CASMU a sus cardiólogos -que tomara estado público-, la Comisión revió todas las actuaciones vinculadas a ese convenio e hizo saber al Ministerio de Salud Pública -son los dos documentos nuevos que teníamos-, a la Dirección General de Secretaría, escribano Marcelo Ferrero, lo siguiente: Cúmpleme informarle que la Comisión Honoraria Administradora del Fondo dispuso poner en conocimiento del Ministerio de Salud Pública a los efectos correspondientes la situación generada en el CASMU respecto a la elección de Institutos de Medicina Altamente Especializada por parte de sus afiliados.- La Junta Directiva del CASMU, a través de un comunicado firmado por su Gerente General Técnico, estableció que todos los procedimientos cardiológicos invasivos que se realizan a través del Fondo deben ser realizados en el marco del convenio firmado entre el CASMU y el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca; por lo tanto, todos los trámites deben ser dirigidos a dicho Instituto. Adjuntamos copia del mismo. Además, se dice: Consideramos que esta disposición puede colidir con los derechos de los pacientes a la libre elección del IMAE. El punto fue objeto de varios informes jurídicos que se adjuntan conjuntamente con los convenios entre dichas instituciones. O sea que elevábamos informes al Ministerio de Salud Pública sobre la situación planteada a los efectos de que el Ministerio, que es quien tiene la potestad, adoptara las resoluciones que concibiera luego de los estudios del caso sobre la actuación que realizara el CASMU vinculada a estos procedimientos. Al mismo tiempo, elevamos al señor Presidente de la Junta Directiva del CASMU la opinión al respecto, pues no tenemos potestades de otro tipo frente a ellos. La nota decía lo siguiente: La Comisión Honoraria Administradora del Fondo de Recursos ha tomado conocimiento de la comunicación cursada, por indicación de las autoridades, CASMU, a los médicos cardiólogos de esa institución el haber dispuesto, a partir del 2 de octubre de 2003, que todos los procedimientos cardiológicos invasivos que se realizan a través del Fondo deben ser efectuados en el marco de un convenio que habría suscrito el CASMU con IMAE y el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca. En referencia a la misma cabe expresar que la mencionada indicación contraviene criterios sostenidos permanentemente por el Fondo en el sentido de consagrar la libre elección por parte de los pacientes del Instituto de Medicina Altamente Especializada en el que optan por ser atendidos. Tal principio ha sido el que desde la iniciación misma del sistema ha regido en la materia y que las instituciones de origen de los pacientes no se encuentran habilitadas para modificar.- Lo señalado precedentemente no pretenden desconocer el derecho, especialmente de los pacientes y de los profesionales vinculados a las áreas específicas de atención médica, de conocer los resultados de los distintos IMAE de cada especialidad en forma previa a la adopción de determinaciones en materia de cobertura asistencial así como la potestad de las instituciones de informar a ese respecto. Tal facultad de información, no obstante, no debe materializarse mediante procedimientos que puedan llevar a condicionar la libre determinación, preferentemente informada, que siempre radica en el paciente.- Sin otro particular, saluda muy atentamente.

Estas fueron las comunicaciones que sobre este tema elevamos tanto al Ministerio de Salud Pública como a la Junta Directiva del CASMU. El Fondo está reviendo el tema de los convenios en general, el del CASMU no es el único; hay diferentes IMAE que, a veces, subcontratan -el propio INCC lo ha hecho con anterioridad- con otras instituciones o dentro de la misma que está. En realidad, el INCC tiene también un contrato con IMPASA donde geográficamente estaría radicada. Esto ha tenido mayor actualidad en los últimos tiempos debido a la crisis del sector de la salud, donde las instituciones tienen notorias dificultades de funcionamiento y ha habido transvasación de IMAE de una institución a otra. El ejemplo más notorio es el del Sanatorio Larghero donde funcionaba un IMAE de colocación de marcapasos que fue trasladado al Hospital Evangélico. Hay otros IMAE vinculados a la litotricia que inclusive han pedido traslado de funciones, otros suspensión durante un determinado tiempo, y en el último mes, aproximadamente, el propio convenio que el INCC tiene con IMPASA se está renegociando. Hicieron un convenio puente por dos meses, según se nos ha informado. Estamos recabando toda la información sobre esos hechos y creemos que se están dando diferentes tipos de movimientos. Por todo lo cual la Comisión, para el día de mañana, tiene planteada la discusión de un instructivo escrito fundamentalmente por la doctora Leticia Gómez -podemos leerlo, pero todavía no está aprobado- sobre los pasos que deberían dar los IMAE en situación de modificación; modificación de área geográfica, ya sea en la misma o en otra institución, o modificación de la integración, lo cual también nos preocupa mucho, porque si un IMAE se mueve de un Hospital en el cual estaba asentado y tiene su área de cuidado crítico y se traslada a otra institución con otra área de cuidado crítico distinto, lo cierto es que también van a cambiar los técnicos que cuidan a los pacientes en un período muy crucial, como el postoperatorio inmediato en el caso de la cirugía cardíaca. Esto debe ser documentado, el Fondo debe estar en conocimiento y tiene que ser aprobado por la Comisión Honoraria Administradora de dicho Fondo. El problema es que todos estos que estamos implementando, inclusive, conocer las habilitaciones de los técnicos actuantes, saber si tienen posgrado -nos ha llamado la atención que en alguna oportunidades esto no era así- son ordenamientos nuevos a pesar de los veinte años del Fondo. Este tipo de convenios que se hacía pasaba muy lateralmente por una actuación de autoridad sanitaria del Fondo Nacional de Recursos

Hay mucha tarea que se hizo pero todavía queda bastante por realizar materia de normatización. En principio, no vemos que haya graves problemas en que haya convenios de complementación entre las instituciones. Ocurre en todas las áreas, no específicamente más allá de los IMAE pero el Fondo tiene que estar al tanto de la situación para garantizar un adecuado nivel de prestación a la población.

SEÑOR GIL SOLARES.- Quisiera saber si cuando se habla de revisión de los contratos se está refiriendo a gastar menos por parte del Fondo, gastar más a cambio de mejores servicios, perfeccionamiento, etcétera.

SEÑOR BAGNULO.- El término exacto es la realización de convenios entre las instituciones. Eso para nosotros tiene que implicar igual o, de ser posible, mejor servicio. No me resultaría lógico aceptar que de una unidad, por ejemplo, de dos médicos en el cuidado postoperatorio de cirugía cardíaca por guardia pasáramos al mismo número con un solo médico. Para poner un ejemplo.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿Eso significa mayor erogación para el Fondo?

SEÑOR BAGNULO.- No; el Fondo paga un arancel. Eso puede implicarle igual, mayor o tal vez menor -si gestiona menor- erogación a los IMAE. Desde nuestro punto de vista esto sería solo cumplir con nuestra obligación de asegurarle a la población la mejor prestación. De paso, quiero aclarar, en virtud de que ustedes tuvieron una sesión anterior a esta, alguna información que se brindó acerca de que el Fondo pone gran parte de los resultados y los estudios de seguimiento en su página web, por tanto la población tiene acceso a esos datos. A veces pone directamente los nombres, otras veces pone indicaciones, otras veces resultados globales porque esto ha sido muy fuertemente cuestionado por los IMAE y por el medio. Nuestro medio no tiene una cultura de discusión pública de resultados. Como ustedes habrán visto, se considera que es agresivo personalizar; situaciones que en otros medios son habituales, acá a alguna gente le rechina; entonces, debemos manejarlo con más cuidado. Estamos poniendo en la página web determinado nivel de información para que la población -por supuesto, la población con mayor "background" cultural- pueda acceder a ella.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin duda, el tema de los IMAE se está complejizando debido a múltiples factores. A algunos se refería el doctor Bagnulo en el sentido de que hay IMAE que no tienen infraestructura, que están haciendo convenios y pueden estar variando sus lugares de funcionamiento, la propia complejidad de la integración real de los IMAE, también están los problemas económicos y financieros.

Respecto al tema puntual de si aquel convenio que hacía el CASMU con el INCC era válido o no, de acuerdo a lo que usted dice, se puso al tanto al Ministerio de Salud Pública a efectos de que analice, evalúe y vea si en definitiva ese convenio es válido o no.

SEÑOR BAGNULO.- En realidad, lo que nosotros enviamos al Ministerio de Salud Pública fueron los convenios para que conocieran el marco conceptual y, fundamentalmente, la comunicación que hizo el CASMU, la cual consideramos que transgredía algunos elementos que han sido tradicionales en el Fondo, más allá de que se pueden llegar a cuestionar algunos de esos. En cuanto al convenio, el mismo fue aprobado directamente por el Ministerio de Salud Pública, el que, si quiere, puede reverlo. El hecho de que existan convenios entre instituciones de complementación ha sido como una práctica tradicional en el medio; fueron inclusive los IMAE que habitualmente, según información que yo tengo -habría que preguntarle a las autoridades-, Salud Pública nunca ha cuestionado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es decir que no es competencia del Fondo analizar el convenio; hay una opinión en el sentido de que se estarían transgrediendo determinadas concepciones -de acuerdo a lo que usted dice-, pero no es potestad del fondo determinar la validez o no del convenio. Ustedes lo elevan al Ministerio de Salud Pública para que tome resolución. ¿No ha habido resolución al respecto?

SEÑOR BAGNULO. No.

SEÑOR ARGENZIO.- ¿Entonces el Ministerio de Salud Pública -si entiendo bien- todavía no ha dicho la última palabra sobre el convenio INCC y CASMU?.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nosotros no tenemos información; no sé si el Fondo sabe si existe, por parte del Ministerio, resolución en cuanto a la nota que ustedes elevaron.

SEÑORA GÓMEZ.- Lo que sucede en esta situación específica, en este convenio, es que el Ministerio de Salud Pública no ha modificado su posición anterior. Esta Cartera, con anterioridad, en el año 1996 cuando se planteó la situación de este convenio y cuando el Fondo tomó conocimiento y le hizo determinadas observaciones, recibió de los firmantes del convenio una nota haciendo puntualizaciones sobre nuestras observaciones, las que entendió suficientes y por eso levantó las observaciones y admitió el convenio. Para el Ministerio de Salud Pública y para el Fondo, por ende, al día de hoy ese convenio es vigente y válido y nadie lo ha observado. El Ministerio podría -como dijo el doctor Bagnulo- variar su posición y modificarla en algún sentido o no. Al día de hoy ese convenio es válido y la posición del Ministerio es la que dio el Ministro del momento en el año 1996 y está vigente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Decía el doctor Bagnulo que el Fondo está por tratar un instructivo que intenta normatizar o regularizar toda esta situación nueva que se está dando. No sé si podemos conocer, en rasgos generales, por dónde pasan las nuevas directivas.

SEÑOR BAGNULO.- Ha sido visto por la Comisión, la abogada Leticia Gómez es quien lo está elaborando en gran parte y le pediría que expresara alguno de los elementos.

SEÑORA GÓMEZ.- Básicamente, el instructivo lo que pretende, como su nombre lo indica, es dar una guía a los IMAE de cuáles son los criterios con los que el Fondo Nacional de Recursos va a analizar determinadas situaciones. En lo que refiere al instructivo específicamente, cuando el Fondo Nacional de Recursos, a través de su Comisión honoraria decide otorgar cobertura financiera a un determinado IMAE toma en cuenta dos grandes elementos: primero, la planta física donde esos actos médicos se van a realizar y después el grupo técnico. En caso de operarse alguna variante de carácter sustancial en uno de esos elementos -hablemos de la más clara y sustancial: cambio total de planta física de un lugar a otro o modificación del Director técnico del grupo- necesariamente se deben comunicar y analizar, y si están todos los requisitos que fueron necesarios para que aquella planta física o aquel grupo técnico inicial trabajara, se otorgará nuevamente la cobertura. Si no lo está, se pedirán los recaudos que sean necesarios en cuanto a experiencia técnica o condiciones de habilitación y luego se otorgará cuando esas condiciones -que fueron las del inicio- se vuelvan a reeditar en la situación que se ha modificado. Esa es la competencia del Fondo: otorgar su cobertura en determinadas condiciones y si las mismas varían, revisar si las nuevas son por lo menos igualmente buenas que las anteriores.

SEÑOR PRESIDENTE.- En aquel momento se planteaba -estaba el doctor Haretche presente-aquella controversia con respecto al hecho de que determinada resolución hubiera sido firmada por el doctor Haretche en el CASMU y que tenía competencia también, directa o indirectamente, con su responsabilidad en el Fondo. En aquel momento se planteó el tema, nosotros no estábamos pero leímos la versión taquigráfica. Se decía que podía haber alguna resolución por parte del Fondo respecto a la compatibilidad o no del cargo del doctor Haretche. Quisiera que el doctor Bagnulo nos respondiera sobre esa situación.

SEÑOR BAGNULO.- Aprovechando la presencia del doctor Haretche quisiera que escuchara algún comentario sobre su gestión vinculada a ese tema y luego nosotros complementaríamos con nuestra visión.

SEÑOR HARETCHE.- En la comunicación concreta, como corresponde a cualquier gerente, el perfil del cargo implica la ejecución de directivas impartidas por las autoridades. Las autoridades institucionales, obviamente, son los órganos competentes de acuerdo con las bases fundamentales de las instituciones. En el caso del CASMU, la autoridad recae en la junta directiva que tiene una resolución adoptada expresamente sobre el tema. Lo que hacemos normalmente los gerentes es ejecutar y comunicar esas resoluciones. En el caso del Fondo, ocurre precisamente lo mismo y así hemos

comunicado numerosas veces a las instituciones y a los IMAE disposiciones del Fondo Nacional de Recursos que han implicado al CASMU como una más de las instituciones que actuaron en el país. Por consiguiente, la Comisión ha tomado una particular connotación por el tema de la libre elección de los pacientes. Pero, en última instancia, entiendo que la ejecución del procedimiento ha sido llevada adelante en cumplimiento cabal de las funciones del cargo que ejercemos.

Por otro lado, me parece que no está de más mencionar que la actuación pública del Director Técnico del Fondo y Director del CASMU es de muchos años atrás. En mi caso, trabajo en el CASMU desde mucho antes de ingresar al Fondo Nacional de Recursos, desde 1987. Por lo tanto, creo que la ejecución de las funciones ha sido pública y notoria en ambos sentidos, hacia el CASMU y hacia el Fondo.

SEÑOR BAGNULO.- También es pública nuestra opinión -lo hemos reiterado innumerables veces en el sentido de que uno de los mayores males que tiene nuestro sistema de salud es el multiempleo. Objetivamente, en un medio tan chico como este a veces es muy difícil evaluar la situación de instituciones en las cuales se puede estar trabajando en forma simultánea.

En el caso del Fondo, para nosotros, el tema es muy claro: sus funcionarios deben ser exclusivos. Creemos que hay que abonarles sus tareas en relación a la responsabilidad que tienen, a los fondos que manejan y a lo que ganan quienes deben ser controlados por ellos, porque, de alguna manera, están fijando un nivel de esta actividad. Este tema ha sido bastante difícil en las discusiones internas pero, paulatinamente, estamos avanzando.

Lo que ocurre es que muchos de los técnicos ya tenían sus funciones dentro del Fondo y, siendo este una persona pública de derecho privado, no puede imponer a nadie una decisión en ese sentido porque sería coartar la libertad de trabajo. Lo que sí puede hacer es plantear a quienes van a entrar a trabajar -así lo hemos hecho en los últimos llamados- dedicación exclusiva o que no haya ninguna vinculación con ningún IMAE, preservando, por ejemplo, una función docente.

Es más: en estos días estamos en vías de resolver el tema mediante el aumento de horas de trabajo y el pago de un porcentaje de exclusividad a los médicos para que abandonen sus otras tareas y se dediquen solamente a trabajar en el Fondo Nacional de Recursos. Ojalá que se tomara ejemplo en otras áreas de esto que nosotros estamos haciendo, porque siempre nos ha llamado la atención cómo se puede trabajar en el hospital y, al mismo tiempo, en lugares hacia donde se derivan enfermos de esos mismos centros de salud, o cómo, desde ámbitos del Ministerio se pueden generar situaciones en las que se es controlador y controlado.

Por supuesto, es un tema que sobrepasa al Fondo pero este lo ha tomado con mucho ímpetu buscando, justamente, llegar a una solución. Ya cuando se llamó para llenar el cargo de Gerente General del Fondo se planteó el hecho de la exclusividad, aspecto que no se había considerado anteriormente. Entonces, estamos pensando en instrumentar esta decisión en lo que se refiere a médicos y funcionarios de otras áreas del Fondo para que, eventualmente, acepten una propuesta en el sentido de la dedicación exclusiva. En algunos de los llamados que hacemos, que son muy específicos, esto no se puede aplicar, pero en la mayor parte de ellos se está planteando la dedicación exclusiva.

Como ustedes habrán visto, hicimos un llamado para llenar un cargo de nurse para controlar los centros nefrológicos, con el requisito de que solamente podrá trabajar en el Fondo. Pensamos seguir por ese camino porque consideramos que es la solución definitiva al tema. Todo lo demás es emparchar la realidad y entendemos que esto debería generalizarse.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no hay más preguntas sobre este tema, vamos a pasar a considerar el siguiente.

La semana pasada concurrió a esta Comisión la asociación de IMAE planteando sus dificultades económico financieras en función de la deuda que el Fondo está manteniendo, fundamentalmente, con respecto a los pacientes del sector público que se atienden en ellas. Expresaron las dificultades notorias que tienen en su funcionamiento y las repercusiones que esto podría tener en el ámbito de una campaña pública muy notoria de las IMAE con respecto a la denuncia de este tema. Entonces, nos gustaría conocer la opinión del Fondo al respecto.

SEÑOR BAGNULO.- En primer lugar, hay que honrar las deudas. Estamos absolutamente convencidos de ello, tanto se trate de personas como de países. Además, el Fondo está económicamente saneado pero, lamentablemente, el Ministerio de Economía y Finanzas mantiene una deuda financiera por los actos realizados en pacientes de Salud Pública que, de ser solucionada, prácticamente dejaría al Fondo con un superávit.

Nosotros invitamos a participar de esta reunión a la delegada de economía de la Comisión Honoraria Administradora del Fondo -quien se excusó de concurrir-, porque nos pareció que este tema era más del Ministerio de Economía y Finanzas que del propio Fondo. Nosotros decimos -perdóneseme la expresión- que el Fondo ha hecho los deberes en este tema. Además, somos los más interesados en poder pagarle a las IMAE inclusive porque hoy en día quien paga en fecha obtiene mejores condiciones. Además, el 1º de enero finaliza el convenio que nos regula y que fue firmado hace un año y medio entre el Fondo, las IMAE, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas, y no hay una mejor situación para enfrentar una negociación que estar al día con las cuentas en un país en el cual todos sabemos los atrasos que tienen las instituciones del área de la salud.

Hemos hecho reiteradas gestiones ante el Ministerio de Economía y Finanzas, que, lógicamente, aduce la situación económica por la que atraviesa el país. Además, estos atrasos se vinculan claramente con la crisis económico financiera ocurrida el año pasado, porque fue en ese momento cuando se empezó a atrasar en el pago. Nos pagan aproximadamente el 92% de lo que se genera cada mes y queda un resto hacia atrás que se ha ido juntando y ha determinado esta suma de deuda exigible que, como va a explicar el contador Sayagués, tampoco es tan así como la plantean los IMAE, ya que hay una parte que no es exigible debido al plazo de sesenta días que acordamos con respecto a los pagos. De cualquier manera, adelantamos que hoy el Ministerio de Economía y Finanzas pagó $ 20:000.000 de la deuda que tenía y que en forma relativamente rápida, en cuanto viniera del Tribunal de Cuentas, estaría dispuesto a pagar otros $ 35:000.000, lo cual aligeraría bastante la situación.

Estuvimos realizando gestiones toda esta semana buscando soluciones al problema porque nos preocupa. Así como en otras oportunidades discrepamos con los IMAE, en esta les reconocemos la razón, más allá de alguna diferencia en los números.

SEÑOR SAYAGUÉS.- Trataré de ser claro, para lo cual me voy a permitir redondear todas las cifras en millones de pesos. Al 17 de diciembre, después de la apertura bancaria, si tuviera que hacer un cierre de ejercicio, la deuda contable del Ministerio de Economía y Finanzas es de $ 344:000.000. Para dar una idea global, serían seis meses de facturación de pacientes de salud pública al Ministerio de Economía y Finanzas.

De esos $ 344:000.000, hace cuatro semanas hubo dos meses $ 114:000.000 que se transformaron de una deuda de una factura exigible en certificados de crédito para pagos ante la DGI y el Banco de Previsión Social en veinticuatro cuotas de aproximadamente $ 4:700.000. Contablemente, esto sigue integrando la deuda de $ 344:000.000, pero pasó de ser una factura vencida a una deuda financiada a veinticuatro meses.

Dentro del pasivo no exigible de $ 344:000.000 tenemos $ 104:000.000 de certificados y $ 58:000.000 de la facturación estimada del mes de noviembre que todavía no se le presentó al Ministerio de Economía y Finanzas. Si yo cerrara el balance, tendría que hacer la previsión correspondiente.

Entonces, quedan $ 344:000.000 de deuda total menos $ 162:000.000 de deuda no exigible; hoy, la deuda exigible es de $ 182:000.000 integrada por $ 4:700.000 de certificados de créditos ya vencidos, que tienen que pagar por este mes, y $ 177:000.000 de tres facturas de tres meses -agosto, setiembre y octubre-, que están presentadas y son exigibles de acuerdo con el plazo de vencimiento que establecen las normas vigentes. Esos tres meses de deuda pendiente que están presentados en el Ministerio de Economía y Finanzas, tienen un trámite tortuoso que duró, en promedio, en los últimos tres pagos, ochenta y cinco días. Esto incluye el tiempo que tramita el Ministerio de Economía y Finanzas, el Tribunal de Cuentas, la autorización y, cuando vuelve del Tribunal, la Tesorería para habilitar el cupo de caja y pagarlo. En la reunión que tuvimos hoy nos comprometimos a tratar de disminuir ese plazo para poder facilitar el pago.

Entonces, digamos que de los seis meses de deuda contable hay tres meses exigibles, que es el problema que está tratando de solucionar el Ministerio de Economía y Finanzas y que no ha podido por las razones

conocidas del Tesoro Nacional. Esa deuda se ha generado a lo largo de estos últimos dieciocho meses de la suscripción del convenio en marzo de 2002 a razón de unos $ 8:000.000 como promedio, generando ese bolsón que, para las IMAE equivale a un mes de facturación de pacientes públicos y privados, porque el Ministerio de Economía y Finanzas le paga al Fondo por los pacientes públicos y el Fondo paga a los IMAE por los pacientes públicos y privados. Entonces, hay un atraso de un mes respecto a lo previsto en el convenio, es decir, un mes por encima del plazo de pago de sesenta días que estaba pactado.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué porcentaje de la deuda estaría saldando el pago de $ 20:000.000 y los $ 35:000.000 que se pagarían próximamente?

SEÑOR SAYAGUÉS.- La deuda bajaría a $ 140:000.000. Han planteado las dificultades en cuanto a la provisión de los insumos en la medida en que parte de estos van a pacientes vinculados a Salud Pública. Lo que se plantea es la dificultad de seguir manteniendo la cobertura, pero no la posibilidad de no brindarla a los pacientes de Salud Pública. Por ahora el Fondo Nacional de Recursos no ha llegado a esa situación y nosotros esperamos que eso no suceda. Hasta ahora se están realizando todos los procedimientos en los pacientes de Salud Pública; no tenemos ninguna información en contrario. Nuestros equipos de interconsulta están viendo a esos pacientes y no ha habido suspensión ni retardo en la realización de ninguna técnica.

SEÑOR GIL SOLARES.- En una oportunidad en que estuvimos hablando con el doctor Bagnulo le planteábamos la lentitud con la cual se resolvían los problemas que se presentaban a través de los centros del Ministerio de Salud Pública. Nos dijo que era cierto, que había diferencia en el tiempo de asistencia entre los pacientes de mutualistas y los de Salud Pública.

Desde mi pequeña experiencia, hoy en día lateral, de visión y de información que recibo, veo que todavía ese problema se sigue dando. Le ruego aquí, en esta oportunidad, que ese tema se lleve definitivamente a una situación igualitaria entre los pacientes. Porque si a los pacientes de Salud Pública, con todas sus carencias -desde el punto de vista social y económico- todavía le agregamos un cierto enlentecimiento en los tratamientos de salud, esa gente la va a pasa peor.

SEÑOR BAGNULO.- Recuerdo perfectamente bien el intercambio que tuvimos con respecto a eso y estoy totalmente de acuerdo. Eso estuvo vinculado a las prótesis de cadera por fractura. No tenemos cifras actuales, pero vamos a volver medirlo. Pero es claro que había un enlentecimiento en la solución entre los pacientes de prótesis de cadera por fractura que dependían del Ministerio de Salud Pública y los que pertenecían a una institución que tenía su propio IMAE. Más allá de que nosotros fuimos acortando los plazos, eso sigue siendo así. Estamos absolutamente convencidos -creo que con el señor Presidente de la Comisión- que la solución última de este tema para llegar a la equidad en cuanto a los tiempos, pasa porque el Instituto de Ortopedia y Traumatología tengan un IMAE propio donde se realicen estas intervenciones. Además, es imprescindible que quienes se están formando hoy como traumatólogos, tengan la oportunidad de realizar esta técnica, de lo contrario tendrán una formación absolutamente parcializada dentro de la especialidad.

SEÑOR GIL SOLARES.- Compartimos eso con el doctor Bagnulo, pero me atrevería a asegurar que no solo con respecto a las fracturas, sino también en las artrosis hay una demora bastante importante. Tenemos casos con nombre propio, tanto de traumatólogos como de pacientes, que pueden asegurar lo que estoy diciendo.

SEÑOR HARETCHE.- Con respecto a las esperas, quiero decir que nosotros tomamos contacto con la situación del paciente en el momento en que la solicitud llega al Fondo Nacional de Recursos. Todos queremos que la demora sea lo menor posible, pero el Fondo tiene poco para hacer con respecto a lo que pueda haber ocurrido con anterioridad. Una vez que el trámite ingresa al Fondo Nacional de Recursos no hay ningún tipo de distinción entre los pacientes de Salud Pública y los de las IAMC; se procesan exactamente igual. Los IMAE no tienen por qué saber de dónde proviene el paciente porque la solicitud les es enviada por el Fondo Nacional de Recursos y no hay ningún tipo de diferencia.

En el caso de las artrosis de cadera y de rodilla el tiempo máximo de permanencia en lista de espera en el Fondo es de cuatro meses. No hay pacientes que esperen más para una cirugía por artrosis.

Insisto en que nosotros no conocemos las demoras que pudieron haber ocurrido con anterioridad. Quizás antes de llegar al Fondo se haya producido una demora y el paciente suma las dos. En este momento el tiempo de espera se ha acortado porque se aumentó el número de pacientes que derivamos a algunos IMAE que en períodos anteriores operaron menos.

SEÑOR BAGNULO.- Nos ha sucedido en varias oportunidades -en algunas de ellas con integrantes de la Comisión- que el pedido no había llegado al Fondo Nacional de Recursos. También nos ha pasado con algunos colegas traumatólogos que le dicen a sus pacientes que se muevan y hablen y cuando nos contactan, nosotros averiguamos y constatamos que el pedido no está ingresado al Fondo Nacional de Recursos. Hay alguna institución en particular en la que esta situación se reitera. Inclusive, cuando nos quedamos sin prótesis de rodilla el tema se hace público porque a una persona su propio traumatólogo le recomienda que realice gestiones públicas sobre el tema.

Con respecto a la lista de espera debo recordarles que países con medicina de alta referencia, como Suecia y Gran Bretaña, tienen listas de espera de entre seis meses a un año. Estas no son patologías urgentes y pueden esperar. Además, está demostrado que a algunos pacientes durante la espera les disminuye el dolor. El crecimiento vertiginoso que tuvieron las prótesis -sobre todo las de rodilla- llevaron a que muy rápidamente durante el transcurrir de la enfermedad artrósica se realizara el implante protésico. Esto no es de desear en pacientes muy jóvenes debido al deterioro que pueden tener estos implantes y a que se facilita la posibilidad de necesitar el recambio, lo cual es una intervención muchísimo más dificultosa que la primera.

Creemos que el tratamiento entre los pacientes de Salud Pública y del mutualismo debe ser igualitario. Es lógico que haya una lista de espera. El lapso de cuatro meses no nos parece exagerado comparado con las situaciones a nivel internacional. A veces demoran más de cuatro meses por algo que no nos es imputable, por una demora en comunicarnos y poner a los pacientes en lista de espera.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los IMAE públicos traumatológicos es algo que en esta Comisión venimos manejando hace mucho tiempo y por ese motivo hemos contado con la presencia del señor Ministro. Ya lo habíamos empezado a tratar con el Ministro anterior, lo habíamos conversado con el doctor Bagnulo y venía en un proceso positivo en cuanto a que se concretara. Ha habido dificultades, pero sabemos que está en el ánimo del Presidente del Fondo solucionarlas. Queremos saber ¿en qué situación está actualmente ese proceso de creación del IMAE público traumatológico?

SEÑOR BAGNULO.- Hemos hablado de este tema con el actual Director de ASSE, doctor Paolillo, quien comparte nuestro criterio. Como pasa muchas veces en nuestro país, el problema es que todos compartimos el criterio, pero no vemos que las cosas se concreten. A diferencia de situaciones previas, no encontramos a nadie que no esté de acuerdo con esta propuesta, sobre todo, por el peso del problema en la enseñanza de la especialidad vinculada a esto. Inclusive, nuevamente hemos hecho llegar tanto a las autoridades de Salud Pública como del Instituto de Traumatología, la disposición del Fondo a adelantar determinadas sumas a efectos de realizar algunos arreglos que se requieran. También se ha manejado transitoriamente alguna otra solución para que esto se pueda poner en marcha. Este fue el primer problema que nos plantearon cuando asumimos, por parte del doctor Barquet y, sin embargo, no tenemos solución.

SEÑOR PRESIDENTE.- Alguna otra solución estaría en funcionamiento en los IMAE, en otro centro. ¿Esa es una solución que se está tramitando o solamente es una idea? ¿Qué información tiene el Fondo en ese sentido?

SEÑOR BAGNULO.- Sí, hay algún trámite en marcha y han habido algunas resoluciones. Lamentablemente, el doctor Paolillo tenía un cuadro viral transitorio por lo que no pudimos realizar la reunión, pero lo veíamos activo en la idea. Tenemos previsto reunirnos la semana que viene y uno de los temas a retomar es este.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pasaremos a tratar otro de los temas que no estaban anunciados, pero convinimos fuera de Sala la posibilidad de que el Fondo nos diera información.

Con respecto al transplante hepático, tomamos conocimiento en las últimas dos semanas, de un comunicado público que le hicieron llegar al Fondo Nacional de Recursos donde se le hacía una solicitud por parte de la Asociación de Transplantados. Allí se decía que apelaban al Fondo Nacional de Recursos para que revocase su decisión en forma urgente y retomase la absoluta y necesaria atención médica en el Hospital Italiano de Buenos Aires; entendían que paralelamente debería formarse un centro idóneo en el Uruguay. Después hay otra nota que el 24 de noviembre se le envía al doctor Bagnulo donde se decía que se les hacía imposible aceptar los cambios operativos introducidos últimamente, concretamente, con el retiro de los módulos de control de transplante hepático en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Ellos ofrecen formar una comisión que se ocupe de negociar. Es decir que el problema está planteado.

Por otro lado, recibimos un memorándum de la Fundación Nacional de Enfermedades Hepáticas y Transplantes, firmada por su Presidente el doctor Czarnevicz. Se trata de un grupo médico organizado en esta fundación, interesados en que se les reconozca como instituto, como IMAE, a efectos de empezar a desarrollar la temática del transplante hepático en el Uruguay.

Planteadas estas inquietudes, si el doctor Bagnulo no tiene inconveniente queremos saber en qué situación está este tema. Creo que es de los tantos problemas que tiene que solucionar el Fondo y tal vez sea uno de los que tenga que efectivizar y priorizar.

SEÑOR BAGNULO.- En nuestra opinión, la mayor parte de este tema está solucionado y lo dividiría en dos. Uno es el que tiene que ver con la situación de los controles que se realizan a los pacientes ya transplantados y la dinámica que ha adoptado el Fondo y por qué. En una publicación que le llega a la mayoría del cuerpo médico fijamos públicamente la posición y parte de las gestiones que se hicieron. Pensamos que sobre el otro tema la Comisión ya estaba al tanto porque hace pocos días que firmamos el envío del informe que elevamos a pedido del Diputado Gil sobre la situación de los cirujanos que desearían realizar transplantes hepáticos en Uruguay.

En este sentido vamos a pedir al doctor Haretche, que estuvo yendo a Argentina y es quien ha instrumentado gran parte de las soluciones que están en marcha, que nos informe cómo está la situación actualmente. Sobre el segundo tema nosotros vamos a informar por lo menos cuál es la hoja de ruta que estamos siguiendo.

SEÑOR HARETCHE.- En cuanto a los controles de los transplantes hepáticos se nos ha encomendado ser más cuidadosos y de procesar algunos cambios que hemos pensado de manera progresiva para evitar que se genere inseguridad, fundamentalmente en los pacientes.

En la actualidad tenemos alrededor de cincuenta pacientes transplantados hepáticos que están en etapa de control postransplante. La mitad de ellos son niños, quienes hasta hace un par de meses viajaban periódicamente a Argentina para realizarse todo tipo de control. Eso significaba el pago al Hospital de Buenos Aires de un honorario fijo que, inicialmente, estaba fijado en US$ 100 por paciente y por mes, por concepto de honorarios por la responsabilidad de los controles. A ese honorario se sumaban esporádicamente los gastos que se generaban cuando el paciente estaba allá si se indicaba algún estudio o procedimiento. En la mayoría de los casos los estudios eran de uso habitual en medicina como, por ejemplo, un doppler o alguna endoscopía, que obviamente Uruguay está en perfectas condiciones de realizar. Entonces, progresivamente acordamos con las propias autoridades del Hospital Italiano de Buenos Aires la conveniencia de que esos pacientes fueran vistos en Uruguay. A partir de ese momento dimos comienzo a un cambio en la frecuencia de los controles en Buenos Aires y empezamos a incorporar controles en Montevideo. Tal vez por problemas de comunicación o inseguridades naturales y esperables en los pacientes, estos percibieron -algunas cosas se habían hecho demasiado rápidamente- que el Fondo estaba dejando de brindarles una asistencia como la que se estaba dando. De ninguna forma es esa la intención del Fondo ni del Hospital Italiano. Realizamos varias reuniones con los pacientes, en particular con los padres de los pacientes niños a efectos de aclarar esto.

En el momento actual la situación es la siguiente: los controles de los pacientes transplantados hepáticos de adultos y de niños siguen estando bajo responsabilidad médica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se mantiene en toda su vigencia el acuerdo firmado entre ambas instituciones y son las autoridades médica de

dicho Hospital quienes tienen a su cargo realizar los controles. En un programa, de acuerdo a un protocolo convenido entre ambas instituciones, algunos de esos controles mensuales se van a realizar en Buenos Aires y otros en Montevideo. Para los controles a realizarse aquí van a viajar, desde el Hospital de Buenos Aires a Montevideo, las autoridades médicas que hicieron los transplantes a efectos de mantenerse al tanto de la situación de los pacientes. En el caso de los adultos, el Fondo ya ha contratado a una hepatóloga de adultos que ha hecho toda su formación en el Hospital Italiano y ambas instituciones estamos de acuerdo con que ella sea la coordinadora de ese programa. El hepátologo de adultos del Hospital Italiano es el doctor Gadano, quien va a viajar con baja periodicidad porque los controles de los adultos son más esporádicos. En el caso de los niños -se generaron algunos problemas- se estableció que se realizarán controles mensuales. El Fondo va a tener dos consultas semanales a cargo de pediatras y hepatólogos uruguayos, para lo cual hizo un llamado público para la conformación de una lista de pediatras con formación gastroenterológica, interesados en realizar estos controles. Se harán dos veces a la semana de manera que todos los pacientes sean vistos mensualmente; dos veces al mes, cada quince días, va a viajar a Montevideo un miembro del equipo de gastroenterología pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires para hacer lo que se llama un "round" de historias clínicas. Es decir, se le van a presentar todas las historias clínicas de los pacientes que están en control y van a ser citados los pacientes que en los quince días anteriores puedan haber presentado algún evento que requiera una consulta especial.

Además, está establecido que el Fondo va a tener una guardia de veinticuatro horas de pediatra gastroenterólogo que puede ser consultado por teléfono por parte de los pacientes y, obviamente, en cualquier circunstancia que lo amerite el paciente será trasladado a Buenos Aires en las mismas condiciones que ahora.

O sea que se mantiene la responsabilidad del Hospital Italiano de Buenos Aires sobre el control. El pediatra hepatólogo que va a dirigir la parte de niños va a ser el doctor Dagostino; él va a viajar mensualmente a Uruguay; los pacientes serán trasladados a Buenos Aires en todas las ocasiones que sea necesario y en las otras oportunidades van a ser vistos por pediatras uruguayos y argentinos.

Es muy importante que quede claro que esto está hecho de común acuerdo entre ambas instituciones. Ellos tienen un programa para esto que se denomina "Programa de Instituciones Socias del Hospital Italiano"; no se hace solo con el Fondo. Y ellos están persuadidos de que no es posible que una institución siga mandando mensualmente a todos sus pacientes -este es un número que va creciendo- simplemente para realizar un control clínico y decir que está todo bien y que vuelva el siguiente mes. Entonces, ellos se van a trasladar aquí -como lo hacen en el caso de otros centros socios del Hospital Italiano- de manera que en Uruguay se forme un grupo que esté en condiciones de realizar estos controles.

Entendemos que esto debe ser trasmitido no solo con las palabras, sino también con la actitud a los pacientes y a sus familiares para que perciban que este sigue siendo el mismo programa, que no ha habido ninguna modificación en el tipo de controles que estamos realizando ni en la calidad de la asistencia. De alguna manera, este es un estímulo para el sistema de salud uruguayo porque los pacientes lo que están exigiendo -y está bien que sea así- es mantener el mismo nivel de calidad que tenían cuando se atendían en Buenos Aires. Nuestro desafío es dar respuesta a lo que piden.

Además, hemos contratado alguna cama de internación pediátrica de muy corta estadía para algún paciente que requiera ser visto hospitalizado. Esto no es la creación de un IMAE sino que los médicos del Fondo van a tener la posibilidad de asistir al paciente, hacerle los exámenes de laboratorio, radiologías, con la máxima eficacia como se hace ahora en Buenos Aires. Cualquier situación que acredite un traslado será atendida; se trasladará al niño. No se trata de un tema económico sino de racionalidad del servicio, de que es necesario avanzar para que Uruguay tenga un centro para hacer los controles de los transplantes. La única manera de que eso se cristalice en algún momento es que se forme gente trabajando en conjunto con la gente de Buenos Aires.

De esta manera estamos trabajando actualmente. La semana pasada ya vino el doctor Dagostino a Uruguay y vio los primeros pacientes. El entiende que esto está funcionando. Así se trasmitió a los padres de todos los pacientes que ya fueron vistos. Dentro de quince días vamos a tener otra instancia similar con lo cual vamos a poder completar la comunicación con todos los pacientes.

SEÑOR AMEN VAGHETTI.- Sobre este tema nos interesamos personalmente, inclusive en varias oportunidades hablamos con el doctor Bagnulo, sobre todo, de los niños transplantados por tener un

amigo que tiene un hijo en esas condiciones. Sabíamos que se había instrumentado esta solución, que nos parece correcta. Había una gran inquietud por el hecho de que todos sabemos que, por ahora, en nuestro país, no hay nadie formado para hacer el control de los transplantados hepáticos porque es una técnica que en Uruguay no se hace.

En cuanto a que se controle lo que se puede acá y, a su vez, los pacientes sientan que siguen vinculados a la institución que realizó la intervención quirúrgica y que tiene la experiencia, ha tranquilizado, sobre todo, a los padres preocupados por el hecho lógico de que no había en Uruguay nadie capacitado como para seguir estos casos.

Nada más.

SEÑOR GIL SOLARES.- El doctor Torterolo, de quien lamentamos su muerte prematura, que nos dejó en una situación fuera de lugar en materia de cirugía del transplante hepático, sostenía la economía que significaba para nuestro país que todos esos problemas se resolviesen entre nosotros. Pregunto, entonces, qué está haciendo el Fondo para reconstruir la cirugía del transplante hepático en nuestro país. Suponemos que debió quedar algún equipo de cirujanos con relativa experiencia en el problema y, tal vez, si se les otorgan becas de perfeccionamiento en un tiempo breve podamos reconstruir esas posibilidades quirúrgicas para nuestro medio con la consiguiente economía.

SEÑOR BAGNULO.- Con respecto al tema de la asistencia, sobre todo de los niños transplantados hepáticos en Uruguay, quisiera finalizar haciendo alguna reflexión. El tema de los adultos está bien encaminado porque en Uruguay hay una persona excelentemente formada, que era integrante del equipo del doctor Torterolo, la doctora Solange Gerona, que ha sido contratada por el Fondo. En general, el problema se suscitó con los padres de los niños. Siempre son más sensibles, además de ser más dificultoso el manejo. La doctora Gerona se formó en el Hospital Italiano de Buenos Aires durante un largo período, inclusive, ha estado en otros países.

Lo que no está encaminado es el tema pediátrico. En nuestra opinión, esta solución es mejor que la que tenían aunque todavía no lo perciban, dado que si se terminan de concretar todas nuestras ideas va a haber una guardia acá. Yo no podía entender que el Fondo pagara mensualmente por una guardia que se hacía en Buenos Aires. Por ejemplo, un cuadro de gravedad de infección que se instale en uno de estos niños iba a tener que empezar siendo tratado acá y, luego, recién trasladado. Y las condiciones de traslado, a veces, no son tan fáciles. El Fondo alquila una avioneta ambulancia para el traslado pero resulta que si las condiciones climáticas no son buenas no puede volar y tiene que esperar. Esto sucedió a uno de los últimos pacientes que se trasladó a Argentina, quien debió estar durante horas esperando en Melilla para que la avioneta pudiera despegar, no en las mejores condiciones.

La solución implementada otorga a estos pacientes un soporte técnico mucho más cercano. Lo que ha sucedido es que como todo cambio generó inestabilidad y, además, se han recibido informaciones contradictorias. No se asume mucho todavía al Fondo siendo algo más -como recién se mostró- que la Comisión Administradora de los IMAE. Y nosotros hemos peleado fuertemente para que sea otra cosa y que inclusive tome a su cargo áreas de prestación asistencial. En el caso de los transplantes, como hemos dicho reiteradamente, creemos que la solución que se dio en Uruguay no es la mejor. La solución mejor hubiera sido tener un centro del Estado en el cual se hiciera toda la transplantología. De todas formas, el Fondo ha cambiado un poco, todavía no ha habido transplantes pulmonares pero tiene un neumonólogo que está yendo a Buenos Aires, que está viendo los enfermos acá, viene gente de Buenos Aires y va a acompañar a los enfermos que se les hagan transplantes pulmonares. Está generando un equipo -alguien para adultos y alguien para niños- que acompañe a los trasplantados hepáticos que se han realizado y que creo que se van a seguir realizando por un tiempo en Argentina. Eso en cuanto al tema anterior.

En cuanto al tema que plantea y que le preocupa al señor Diputado Gil a nosotros también, pero creemos que nunca fue bien planteado ni bien resuelto.

El doctor Torterolo con el cual hemos trabajado muchos años y con quien teníamos una buena relación planteó el tema pero discrepamos con él por varias razones. Primero, porque como le dijimos en su momento, al principio de sus resultados, como toda curva de aprendizaje, no eran lo satisfactorios que debían ser. La

curva de aprendizaje no es algo que el Fondo deba pagar. Eso fue así con varias técnicas como, por ejemplo, el transplante de médula ósea. El Fondo no tiene que pagar una técnica cuando esta se inicia.

El segundo punto que manejamos en esa oportunidad ya hace años con el equipo del doctor Torterolo es que los precios que ellos nos traían no era cierto que fueran más baratos, eran más caros que los que estábamos pagando en Buenos Aires y muchísimo más caros que los de Brasil. En ese momento en Argentina pagábamos US$ 54.000 y en Uruguay nos pretendían cobrar US$ 57.000 y en Brasil el precio era de US$ 33.000. Hoy tenemos -gracias a la gente del Hospital Militar- el costo real que había calculado el Hospital Militar que oscilaba en los US$ 30.000. O sea que se planteaban más de US$ 20.000 de honorarios. A nosotros nos pareció un poco excesivo y como ya lo presumíamos en ese entonces, no estuvimos de acuerdo con que se iniciara un programa en el Uruguay, más allá que ellos, con el paso del tiempo, fueron mejorando sus resultados.

Pero hay un tercer problema muy importante, si un país chico como es Uruguay, si alguien quiere hacer transplantes hepáticos deben ser de adultos y de niños y la respuesta que nos daba el equipo del doctor Torterolo era solo para adultos, no nos cubría a los niños. Ustedes ven que según estadísticas hay más niños que adultos con estos problemas ergo, el número que iban a hacer no permitía que hubiera un equipo adecuadamente entrenado y no nos solucionaba el problema en Uruguay.

El cuarto punto importante es que nosotros le planteamos a ese equipo -consta en actas del Fondo- que ellos debían empezar haciéndonos el pretransplante y el seguimiento postransplante. Nunca obtuvimos una respuesta, es más, la doctora Solange Gerona que integraba ese grupo nos manifestaba que los cirujanos le plantearon que ese mecanismo no era válido porque ella trabajaba, pero ellos se quedaban sin realizar la técnica. Yo creo que eso era un error estratégico muy importante porque era el mecanismo de ingreso al sistema y a los pacientes, pero esa fue la situación. Recién en los últimos meses pudimos conseguir que la doctora Gerona entrara a hacernos los seguimientos y aceptara trabajar dentro de la estructura del Fondo.

Respecto a nuestro planteo a futuro, en el momento actual hay tres equipos, no está solo el del doctor Torterolo, existe un equipo vinculado al profesor Balboa y algún colaborador de él que ha estado algunos meses en el extranjero y un tercer equipo en el Hospital de Clínicas con el doctor Parodi y dos ex residentes del Maciel que se fueron a perfeccionar uno de ellos a Alemania y la otra, según creo, a los Estados Unidos. O sea que hay tres eventuales equipos; es obvio que Uruguay en lo que refiere a trasplantes hepáticos, por cantidad de donantes y por patología, no da para que haya tres equipos. Por lo menos, tienen que hacerse entre uno y dos trasplantes hepáticos al mes para mantener un equipo entrenado. Eso se hace también trasplantando niños.

Nosotros, en alguna de las visitas que hacemos al exterior, tuvimos contacto con una de las personas que más trasplantes realiza en España. El se manifestó dispuesto a ayudarnos en el Uruguay y estamos concretando la venida de esta persona en el mes de enero a trabajar acá y pretendemos redondear primero el diagnóstico de situación: si es lógico que Uruguay haga trasplantes hepáticos. En segundo lugar, si -como nosotros prevemos- el equipo que cubra tiene que hacerlo en ambas situaciones, adultos y niños. En tercer lugar, pretendemos que él tenga contacto con los grupos que están con inquietudes en el Uruguay para ver qué grado de entrenamiento tienen, qué grado de formación, qué condiciones habría en nuestro país para realizar esto. En el caso de que estas tres respuestas sean positivas, el Fondo haría un llamado a expresión de interés de los grupos que estuvieran dispuestos, que presentaran sus antecedentes sobre el tema, que presentaran su "background" de formación en el exterior e, inclusive, los aranceles que pretenden obtener de esta situación haciéndoles saber muy firmemente que de ninguna manera nosotros estaríamos dispuestos a hacernos cargos de aranceles superiores a los de la región. Los precios de la región serían el tope y realmente pensamos que no se debería llegar a ellos.

En base a todo esto, en el próximo año definiremos una política; si hay que hacerlo en el Uruguay y en ese caso quién lo realizaría y si alguno de los grupos está capacitado, además, como prevemos -de eso estamos seguros- va a tener que cubrir tanto adultos como niños. Esa es la forma de trabajo que tenemos planteada y que creemos que es absolutamente racional para el medio. Hay que contar con asesoramiento extranjero y tratar de ordenar un poco el sistema. No queremos que vuelva a pasar, por ejemplo, el tema de los trasplantes cardíacos. Teóricamente hay tres centros habilitados para realizar esos trasplantes. Pensamos que en estas áreas tan delicadas y donde realmente el número de actos, en un país chico, está bastante limitado, debiéramos de dar soluciones más racionales. El interés de la sociedad toda y de los pacientes es anterior a

los intereses de los médicos de diferentes grupos que quieren hacer su trasplante. Ustedes saben bien que cada uno, en el Uruguay, quiere hacer su cirugía de esófago, o su resección de colon y recto y después alguno de los resultados no son los que debieran porque no se acumula suficiente experiencia en la realización de las técnicas. Nos parece que este es un camino más racional y nos va a dar, como autoridad sanitaria, una justificación en las medidas que tomamos con apoyo desde el exterior.

SEÑOR GIL SOLARES.- Compartimos muchas de las cosas que expresa el doctor Bagnulo, algún día llegaremos a la regionalización cierta de la patología y sus soluciones en nuestro país. Lamento no tener aquí la carta que publicó el doctor Torterolo en la Sociedad de Cirugía donde daba números que, obviamente, no recuerdo pero que sí establecían una diferencia a favor del Uruguay cuando los problemas se solucionaban en Montevideo.

Como anécdota le puedo decir que uno de los primeros cirujanos en hacer transplantes de pulmón en los Estados Unidos era un descendiente de uruguayos, el doctor Fontana, primo hermano de Pérez Fontana.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me cuesta creer que a mediano plazo en el Uruguay no se concrete un programa nacional de transplante, creo que nuestro país va a estar capacitado para eso. Estoy de acuerdo con los planteamientos que se hacen con respecto a determinadas evaluaciones, pero creo que aquí hay condiciones. Está calculado que deben de haber treinta o cuarenta transplantes anuales que se deberían hacer. Creo que al cabo del tiempo se ha ido formando en cirugía hepática profesionales con capacidad; hay grupos de cirujanos que tienen más de dos mil cirugías de resección hepática complicadas. Creo también que debe haber un centro único de transplantes y que el país, en algún momento, va a estar capacitado para eso.

En lo que refiere a costos, tenemos algunos datos que, si son correctos, nos indicarían que el Fondo en el año 2000 abonó al Hospital Italiano por diez pacientes, de los cuales siete fueron trasplantados y tres murieron, US$ 1:800.000. Datos del Fondo indican que el 50% de pacientes por encima de los 30 años fallece y que los fallecidos en lista de espera, sin ser transplantados, costaron al país US$ 27:000.000. Los trasplantados fallecidos tuvieron un costo promedio de US$ 135.000 cada uno, el gasto total por paciente en lista de espera fue de US$ 17.946 y el gasto promedio total por paciente transplantado vivo en el período 1994- 001 fue de US$ 141.000. Agregamos el hecho de que el paciente tiene que trasladarse y todos los inconvenientes que eso significa que también genera un costo indirecto. Con esto quiero decir que creo que no va a tardar -por lo que dice el doctor Bagnulo se está trabajando en eso- en que en el Uruguay a mediano plazo haya un centro de transplante porque es absolutamente necesario y beneficioso para el país.

SEÑOR BAGNULO.- Conocemos algunas de esas cifras que han manejado los colegas cirujanos y discrepamos con ellas sustancialmente porque mezclan peras, duraznos y manzanas. Lo que hay que tomar es el paciente que se transplanta y cuánto sale. Por supuesto que el traslado de los pacientes tiene un costo. Para dar un ejemplo, la última intoxicación por hongos que generó necrosis hepática se traslada a Montevideo; también esos costos los tiene que asumir el Fondo y hay que calcularlos. Y como eso, varios otros costos. Además, se tomaron las cifras del año 2000; si yo tomo de todas las cosas las cifras del año 2000 del Fondo puedo demostrar eso para todo, lo que sucede es que el Fondo fue cambiando, bajó notoriamente lo que le pagó en Argentina. Por ejemplo, en un tema que ambos manejamos, vi una cuenta en el Hospital Italiano de Buenos Aires por una internación de dos días de un paciente que estuvo en tratamiento intensivo y que falleció, que al Fondo le cobraron US$ 14.000. Durante mucho tiempo el Fondo no controló lo que pagaba en algunos aspectos. Una de las ideas muy claras que tenemos es que cuando haya un paciente en ese centro de Argentina, concurra la doctora Solange Gerona -ya lo hemos hecho- para controlar lo que se le está haciendo al enfermo, los costos que ello representa y cuándo se le puede traer al Uruguay. Como decía claramente el doctor Haretche, una de las ventajas que esto ha tenido es que estamos dando a los pacientes la medicación comprada en Uruguay por el Fondo a un costo sensiblemente menor. Es cierto que cuando uno compra afuera es más caro, pero también es cierto que si no controla, tanto afuera como adentro, el costo acaba siendo mucho mayor.

Hay un tema muy claro que tuvimos oportunidad de hablar con el doctor Roberto Favaloro. Reconocemos al doctor Czarnevicz y a alguno de los otros doctores que están interesados en hacer transplantes hepáticos una enorme habilidad quirúrgica en ese campo, pero el tema es el tiempo de que ellos disponen. Me refiero a que

quienes hacen transplantes están reconociendo que tienen una disponibilidad de veinticuatro horas sobre veinticuatro para realizar la operación. Están a disposición del hígado que surge para hacer la extracción y el posterior implante. Yo me pregunto si algunos cirujanos que operan nueve o diez horas por día de coordinación en instituciones de nuestro medio están dispuestos a dejar esa tarea relativamente bien remunerada por algún transplante que les va a salir. El doctor Favaloro está dedicado a esto full time; se sube a los aviones, realiza la extracción, lleva el hígado a Buenos Aires, traslada al paciente, etcétera, y esa es su única tarea. ¿Hay en Uruguay cirujanos que estén dispuestos a dejar toda su otra actividad quirúrgica para dedicarse a esto? Porque si no lo hacen así, el hígado estará a disposición en las horas que al cirujano le queden libres entre cirugía y cirugía y eso no corresponde a un programa de transplantes. Me parece que si vamos a adoptar resoluciones sobre estas cirugías y sobre estas situaciones de tan alta complejidad, tenemos que dar soluciones del mejor nivel y no el ratito que el hobby o el interés académico permiten.

SEÑOR PRESIDENTE.- Estamos de acuerdo. De todas maneras, no podemos prejuzgar en el sentido de quién está dispuesto a hacer esto.

De cualquier manera, estamos complacidos de saber que el Fondo está analizando este tema a los efectos de darle respuesta.

Finalmente, quisiera formular una consulta puntual porque el tema se trató reiteradamente en esta Comisión. Me refiero a la situación en la que se encuentra la habilitación del Instituto de Cardiología Infantil, fundamentalmente lo que tiene que ver con su solicitud para realizar cirugía de "by pass" coronario.

SEÑOR HARETCHE.- Al Fondo Nacional de Recursos no ha llegado ninguna comunicación estableciendo que haya variado la situación. Estamos en el mismo punto que las últimas veces que concurrimos a la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pero la habilitación de los IMAE es una resolución del Fondo.

SEÑOR HARETCHE.- La habilitación es un tema del Ministerio de Salud Pública que, en este caso, sería necesaria para el traslado a la Médica Uruguaya de las instalaciones. No ha llegado ninguna comunicación al Fondo en este sentido.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sí, pero además de eso, ellos estaban gestionando la posibilidad de ampliar las técnicas a la cirugía aortocoronaria, lo que se estaba cuestionando por parte del Fondo en cuanto a que exigía determinadas condiciones.

SEÑOR HARETCHE.- El Fondo no ha tomado ninguna resolución al respecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, pregunto si el Fondo va a tomar resolución sobre este tema o si ha archivado el caso.

SEÑOR HARETCHE.- La Comisión Honoraria trató el tema y se iba a consultar a sus miembros para adoptar una resolución.

Es la última directiva que tenemos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de los integrantes del Fondo Nacional de Recursos y la información que nos han brindado.

Se levanta la reunión.